University Library
25
1905

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Über einen Fall von Tumor des dritten Ventrikels.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medizinischen Fakultät

der Kgl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Willy Nissen,

approb. Arzt

aus Eckernförde.

KIEL,
Druck von Hans Hugo Peters, vorm. P. Peters.
1904.

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Über einen Fall von Tumor des dritten Ventrikels.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medizinischen Fakultät

der Kgl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Willy Nissen,

approb. Arzt

aus Eckernförde.

KIEL,

Druck von Hans Hugo Peters, vorm. P. Peters.

1904.

Nr. 8.
Rektoratsjahr 1904/5.
Referent: Siemerling.
Zum Druck genehmigt:
Siemerling, z. Z. Dekan.

Meiner Mutter
und dem Andenken meines Vaters
in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153321_0045

Mit den gewaltigen Fortschritten, welche die Kenntnisse über den anatomischen Bau und die physiologischen Funktionen des Gehirns in den letzten Jahrzehnten gemacht haben, sind auch die Forschungen über die pathologischen Veränderungen desselben und speciell über einen ihrer wichtigsten Zweige, die Gehirngeschwülste, wesentlich gefördert worden. Obwohl dieses Gebiet erst seit so kurzer Zeit sich zu erschliessen begonnen hat, beweist doch die grosse Ansammlung der Litteratur, mit welchem Eifer die Forscher sich ihm zugewendet haben. Heute gelingt es uns in den meisten Fällen, die Diagnose „Hirntumor" mit ziemlicher Sicherheit zu stellen; in einer grossen Anzahl von Fällen vermögen wir sogar die genauere Lokalisation des Tumors durch die in Erscheinung tretenden Symptome zu bestimmen.

Für die Diagnose einer Gehirngeschwulst überhaupt kommen einmal allgemeine Symptome in Betracht, die in der durch den Tumor bewirkten Drucksteigerung ihre Erklärung finden. Zu ihnen ist vor allem die Stauungspapille zu zählen, welche sich in 80—90 % aller Tumoren findet und der daher eine wichtige diagnostische Bedeutung zukommt. Ferner rechnet man den Kopfschmerz, das Schwindelgefühl, das Erbrechen, die Pulsverlangsamung, die Convulsionen zu diesen allgemeinen Hirndrucksymptomen, wenn ihr Auftreten auch nicht ein so konstantes ist wie das der Stauungspapille. Von diesen allgemeinen Hirndruckerscheinungen sind die sogenannten Herdsymptome zu trennen, welche uns in vielen Fällen ausser dem Bestehen eines Tumors überhaupt auch noch Aufschlüsse über die Lokalisation desselben im Gehirn geben. Die Herdsymptome können natürlich sehr verschiedener Art sein und entweder vereinzelt oder in den verschiedensten Combinationen auftreten, je nach den

physiologischen Funktionen der in Mitleidenschaft gezogenen Hirnregionen. Es würde jedoch zu grossen diagnostischen Irrtümern führen, wollte man aus jedem auftretenden Herdsymptom gleich ohne weiteres den Sitz des Tumors als solchen ableiten, oder gar aus dem Fehlen von Herdsymptomen irgendwelche Schlüsse ziehen. Denn einmal können gewisse Tumoren völlig herdsymptomlos verlaufen, andererseits können dieselben entfernter liegende Partien des Gehirns irritieren oder lähmen; Wirkungen, die man als „Fernwirkungen des Tumors" bezeichnet hat. Auch können die Herdsymptome durch sehr starke allgemeine Drucksymtome verwischt oder gar ganz verdeckt werden. Aus allen diesen Gründen glaubte man vor noch nicht allzulanger Zeit, auf eine genauere Diagnose der Localisation der Tumoren gänzlich verzichten zu müssen.

Da sich ausschliesslich im Gehirn die geistigen und psychischen Prozesse abspielen, so darf es nicht wundern, wenn im Krankheitsbilde vieler Hirngeschwülste psychische Alterationen beobachtet werden. Die Statistiken über das gleichzeitige Bestehen von psychischer Störung und Tumor gehen sehr auseinander; das ist vielleicht darauf zurückzuführen, dass der Begriff „psychische Störung" von den einzelnen Autoren sehr verschieden weit gefasst wird. Immerhin kann man aus dem bis jetzt in der Litteratur gesammelten Material entnehmen, dass sicherlich 50—60 % aller Hirntumoren zu irgend einer Zeit ihres Verlaufes geistige Störungen aufweisen. Wenn man bedenkt, wie unzählige funktionelle Beziehungen jeder Teil des erwachsenen Gehirns zu dem andern hat, so kann ein sn hoher Prozentsatz nicht auffallen. Steht die Psychose im Vordergrunde der krankhaften Erscheinungen und treten die allgemeinen Drucksymptome und die Herdsymptome mehr zurück, so kann die Diagnose „Hirntumor" auf grosse differentialdiagnostische Schwierigkeiten stossen oder gar unmöglich werden. Ein derartiger Fall aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel sei in folgendem mitgeteilt.

Friedrich Heinrich V., Arbeiter, 53 Jahre, aus Altheikendorf.

Anamnese, von der Frau erhoben. Patient ist seit 24 Jahren verheiratet; in der Familie sind keine Geisteskrankheiten vorgekommen; eine Schwester ist an Schwindsucht gestorben. Von Kopfverletzungen, Potus, Infektion ist der Frau nichts bekannt. Patient war früher nie ernstlich krank, hat nie an Schwindel, Krämpfen und Kopfschmerzen gelitten.

Seit Anfang Juli 1903 klagte Patient über Mattigkeit in den Beinen und Kopfschmerzen in der Stirngegend über der Nase; an dem Wesen hat die Frau zu dieser Zeit noch keine Veränderung bemerkt.

Am 16. Juli, als Patient vom Arbeitsplatz nach Hause gehen wollte, bekam er einen Schwindelanfall und fiel um; Zuckungen im Körper soll er dabei nicht gehabt haben; er war bewusstlos, kam jedoch nach wenigen Augenblicken wieder zu sich; er ging selbst noch nach Hause, will aber unterwegs noch einige Male hingefallen sein. Zu Hause fing er an, wirre Reden zu führen, glaubte seine Mitarbeiter und seinen Vater, der schon längere Zeit tot ist, im Zimmer zu sehen und unterhielt sich mit ihnen; er wolle einen Bullen und mehrere Schweine schlachten, damit er im Winter Fleisch zu essen hätte; ängstlich ist er nicht gewesen, Verfolgungsideen sind nicht beobachtet. Seit ungefähr acht Tagen stellten sich oben in der Nase heftige Schmerzen ein; Pat. glaubte keine Luft durch die Nase ziehen zu können. Der Schlaf war in der letzten Zeit schlecht; Pat. stand öfters auf und glaubte, es wäre Zeit zur Arbeit zu gehen, liess sich aber immer bald wieder beruhigen. Der Appetit war gut; der Stuhlgang angehalten.

Anamnese, von seinem bisherigen Vorgesetzten erhoben: Patient soll nach Aussage seiner Mitarbeiter schon ungefähr ein Jahr lang über Schmerzen im Kopf, besonders oberhalb der Nasenwurzel, geklagt haben. Er hätte während dieser Zeit die Angewohnheit, mit der Nase schnaubend die Luft einzuziehen. Er musste sich, wenn die Schmerzen besonders heftig auftraten, niedersetzen, fasste sich dann mit der Hand nach dem Kopf und sagte, die Schmerzen strahlten von der Stirn aus, gingen über den Kopf hinüber und bis zu den Beinen hinunter; letztere waren ihm im Laufe des ganzen letzten Jahres schon lahm.

Patient hat in der Familie im letzten Jahre viel Aufregung gehabt; seine beiden ungeratenen Töchter machten ihm viel Kummer; in Folge dessen sei er öfters sehr nervös erregt gewesen.

Status praesens vom 4. VII. 03: Grösse 175 cm, Gewicht 77,3 kg, Ernährungszustand gut. Normale Farbe der Haut und sichtbaren Schleimhäute. Beklopfen der Stirn oberhalb der Nase schmerzhaft. Pupillen mittelweit; linke queroval verzogen, etwas grösser als rechte. Augenbewegungen frei. Pupillenreaktion auf Licht und bei Convergenz erhalten. Linke Nasolabialfalte etwas flacher als rechte. Sprache anstossend, besonders beim Nachsprechen der Paradigmen. Zunge belegt, wird gerade herausgestreckt, zittert. Gaumen und Rachen gerötet, Lungen ohne Befund. Herztöne rein, Puls von mittlerer Spannung, regelmässig, von normaler Frequenz. Temperatur 37,3°. Leber und Milz nicht vergrössert.

Reflexe der oberen Exträmitäten sind erhalten; ebenso der Abdominal- und Patellar-Reflex. Kniereflexe und Achillessehnenreflexe sind lebhaft. Sensibilität, soweit zu prüfen, ohne Störungen. In liegender Stellung bewegt Patient die Extremitäten frei; die ausgestreckten Hände zittern. Keine Spasmen. Gang unsicher und taumelnd; Patient muss, um nicht zu fallen, unterstützt werden. Rombergs Phänomen ist nicht zu prüfen. Beim Hinsetzen auf den Stuhl legt sich Patient nach hinten über, macht sich in den Hüftgelenken steif und setzt sich dann erst auf vieles Zureden langsam nieder. Beim Aufstehen hilft er sich mit den Armen. Urin ohne Eiweiss und ohne Zucker.

Krankheitsverlauf: 4. VIII. 03. Patient wird von zwei Wärtern unterstützt in die Abteilung geführt. Auf Aufforderung sich zu setzen, weigert er sich, macht sich steif, sagt, das sei nicht so leicht; nachdem er sich auf längeres Zureden hin auf den Stuhl gesetzt hat, lässt er Urin unter sich, sagt: „ich bin kalt geworden, es geht mir immer so.“ Auf Befragen nennt er seinen Namen, Wohn- und Geburtsort richtig, das Datum sowie seinen Geburtstag kann er nicht angeben. Auf Befragen giebt er folgende Antworten: (Jahreszahl?) 1857. (Wo hier?) Im Königshaus; es ist erst neu gebaut; ich glaube am 12. Juli (Tag seiner Geburt). (Wie lange hier?) Ich glaube zwei Jahre.

(Warum hergekommen?) Da war es mir zu klein; hier wohnt ja Klüwer; der Tisch (auf den Untersuchungstisch zeigend) habe ich mir von Klüwer machen lassen; der Schrank (auf den Verbandschrank zeigend) habe ich mir selbst gemacht. (Sind Sie krank?) Nein, ganz gesund, vorige Woche war ich krank; ich hatte mich erkältet, hatte Rheumatismus; jetzt habe ich alles überstanden. (Verheiratet?) Ja. (Wie lange?) Kann ich nicht sagen. Pat. sagt auf Befragen, er habe 3 Kinder; das Alter derselben kann er nicht angeben; nach dem Namen derselben befragt, nennt er vier Mädchennamen; sagt, er habe auch einen Jungen, der heisse Henriette; auf Vorhalten bleibt er erst dabei, sagt plötzlich: „nein, anders."

Patient versucht dann plötzlich vom Stuhle aufzustehen, sagt, er müsse zur Arbeit, er wolle nach dem andern Hause (zeigt nach dem Wirtschaftsgebäude), sagt, das sei sein Haus, da wolle er wohnen, alles ein bischen zurecht machen. Auf Anreden sieht Patient den Arzt meist mit starrem Gesichtsausdruck an und antwortet nach einigem Besinnen meist: „Das weiss ich nicht." Patient bewegt den Oberkörper beständig hin und her, zupft an der umgehängten Bettdecke, macht mit den Händen streifende Bewegungen von den Knien am Unterschenkel herab und wieder herauf. Er murmelt fortwährend vor sich hin, meist unzusammenhängende abgerissene Worte. Im ganzen macht er einen müden, schläfrigen Eindruck.

5. VIII. Pat. hat die Nacht ruhig geschlafen; er meint, er sei schon mehrere Tage hier, befinde sich in einer Wirtschaft in Friedrichshöhe.

7. VIII. Patient war die letzte Nacht sehr unruhig, drängte fortwährend aus dem Bett, liess Stuhl und Urin unter sich. Heute Morgen sitzt Patient aufrecht im Bett, drängt immer noch aus dem Bett; sagt, er sei in der Meierei und wolle nach Hause. Er kramt mit den Händen fortwährend im Bett umher, murmelt leise und monoton vor sich her. Den Arzt bezeichnet er richtig. Abends 9 Uhr wird Patient plötzlich bewusstlos; er reagiert weder auf Anrufen noch auf Nadelstiche. Die Pupillen sind sehr eng und völlig reaktionslos. Die Atmung ist tief und schnarchend, der Puls verlangsamt (54). Lähmungserscheinungen

oder Zuckungen sind nicht vorhanden. Nach ungefähr 10 Minuten erholt sich Patient wieder. Sein Verhalten ist dann wieder dasselbe wie vor dem Anfall.

8. VIII. Patient ist heute den ganzen Tag über sehr unruhig und vollkommen unorientiert. Stuhl und Urin lässt er unter sich. Der Appetit ist zufriedenstellend. Patient hat nachmittags Besuch von einem langjährigen Vorgesetzten; er erkannte denselben, wusste aber nicht, dass er in der letzten Zeit bei ihm gearbeitet hätte; kurz nachher weiss er von dem Besuch nichts mehr, sagt auf Befragen, seine Frau und ein Schlachter seien bei ihm gewesen.

14. VIII. In den letzten Nächten hat Patient einigermassen ruhig geschlafen; Tags über ist er jedoch mit kurzen Unterbrechungen sehr unruhig; Er zieht fortwährend sein Hemd aus und zerreisst dasselbe; er geht in der Zelle umher, die Matratze unter dem Arm zusammengerollt; sagt auf Befragen, er wolle damit Fische fangen; er sei in Ellerbeck, seine Frau sei draussen im Garten. Zeitlich ist er völlig unorientiert, nennt auf Befragen nach dem Datum die verschiedensten Jahreszahlen und Monate. Vorgehaltene Gegenstände bezeichnet er richtig. Urin und Stuhl lässt er meist unter sich. Die Pupillenreaktion auf Licht ist erhalten.

20. VIII. In letzter Zeit ist Patient andauernd unruhig gewesen. Er macht heute mit den Händen haschende Bewegungen in der Luft; sagt, er pflege Bäume, die so im Garten umherlägen; seine Frau sei auch hier und grabe im Garten. Auf Fragen von seiten des Arztes giebt er folgende Antworten: (Wer bin ich?) Sie sind noch immer auf der Werft gewesen. (Habe ich dort gearbeitet?) Weiss ich nicht, kann wohl sein. (In welchem Monat sind wir?) Im Dezember. (In welchem Jahr?) Drittes Jahr. (Sind wir im Sommer oder Winter?) Im Sommer. Während an ihn Fragen gestellt werden, sieht er mit weit geöffneten Augen und fragender Miene den Arzt an. Auch heute drängt er öfters planlos aus der Zelle heraus. Während der Unterhaltung lässt er Stuhl und Urin unter sich. Vorgehaltene Gegenstände bezeichnet er richtig. Pupillenreaktion auf Licht ist erhalten.

26. VIII. Das Verhalten des Patienten ist unverändert. Die letzten Nächte waren etwas ruhiger; tagsüber drängt er fortwährend aus dem Bett. Völlige Unorientiertheit. Lässt Stuhl und Urin unter sich. Appetit gut.

29. VIII. Heute Nachmittag gegen 5 Uhr wird Patient im Dauerbade plötzlich bewusstlos; die Atmung ist tief und schnarchend, beschleunigt: Cheyne-Stokes Phänomen. Puls klein, kaum fühlbar, Frequenz 54. Corneal- und Conjunktivalreflexe minimal. Die rechte Pupille ist stark erweitert; von der Iris ist nur ein kleiner Rand mehr sichtbar. Die linke Pupille ist bis auf Stecknadelkopfgrösse verengert. Die Pupillenreaktion auf Licht ist verschwunden; das Kniephänomen ist noch erhalten. Die erhobenen Gliedmassen lässt Patient beiderseits schlaff fallen. Auf Anrufen sowie auf Nadelstiche reagiert Patient nicht. An den Extremitäten ist zuweilen ein leichtes Zucken wahrzunehmen. Auf Injektion von Ol. camphor. sowie auf Applikation von Senfteigen auf Brust und Rücken wird die Atmung etwas ruhiger. Oft ist ein lautes Stöhnen hörbar. Der Puls ist eben noch zu fühlen.

Gegen 8 Uhr Abends sind beide Pupillen ad maximum erweitert. Die Pupillenreaktion auf Licht ist verschwunden. Corneal-, Haut- und Sehnenreflexe sind erloschen. Auf Nadelstiche reagiert Patient nicht. Keine Zuckungen oder Extremitäten. Nachts 12 Uhr Exitus letalis.

Sektionsprotokoll.

Gehirnbefund: Pia trocken, klebrig. Starke Füllung der Gehirngefässe an der Oberfläche; starke Abplattung der Windungen. An der Basis cerebri im interpedunculären Raum ragt eine Geschwulstmasse von Kirschkerngrösse vor. Ein hinter dem Chiasma durch die Corpora mamillaria gelegter Frontalschnitt zeigt in der Gegend des rechten Thalamus opticus eine zum grössten Teil opake schmutzig graugelb gefärbte Geschwulst, von etwas speckiger Beschaffenheit, leicht uneben; nur ein schmaler Randsaum erscheint grauglasig und geht fast unbemerkt in das Gewebe über. Die Geschwulst füllt den ganzen rechten Thalamus aus, reicht nach rechts bis dicht an

die innere Kapsel; nach der Mitte zu ragt sie in den dritten Ventrikel hinein, überschreitet dessen Mittellinie nach links und buchtet den linken Thalamus stark ein. Das rechte Corpus mamillare ist in die Geschwulst mit einbezogen· das linke liegt liegt etwas höher wie das rechte und ist von dem Geschwulst in der Richtung von oben nach unten abgeplattet. Nach oben reicht der Tumor bis zum Fornix. Die Seitenventrikel sind beiderseits stark erweitert.

Die mikroskopische Betrachtung des Tumors ergiebt: Sehr ausgedehnte Nacrose in den centralen Partien der Tumors, umgeben von einem zellreichen Gewebe, das aus ovalen und spindelförmigen Zellen, durchsetzt vielfach, vor allem am Saum der necrotischen Stellen, mit Rundzellen, besteht. Das Grundgewebe erscheint stellenweise sehr stark faserig. Die Gefässe lassen vielfach erhebliche Verdickung der Wandungen erkennen. Riesenzellen sind nicht zu sehen. Bemerkenswert ist, dass Züge des nicht nekrotischen Granulationsgewebes weit in die Necrosen hineingehen. Nach dem ganzen Bilde handelt es sich höchstwahrscheinlich um ein Gumma.

Der übrige Sektionsbefund ergab: Starke Hyperämie der Lungen, Bronchitis. Kleiner Käseherd in der rechten Tonsille. Blutung am rechten Stimmband. Geringe Hypertrophie des linken Ventrikels, vereinzelte myokarditische Schwielen, chronische Endarteriitis eines Mitralsegels. Fettige Fleckung der aufsteigenden, geringe chronische Endarteriitis der absteigenden Aorta mit Kalkplatten. Hyperämie der Leber. Zähe Milz. Beginnende Schrumpfniere. Stark ektasierte Trabekelblase. Schiefrige Färbung und Ekchymosen der Magenschleimhaut. Schiefrige Färbung des Rectums mit kleinen Geschwüren.

Epikrise.

Wie die Sektion ergeben hat, haben wir es im vorliegenden Falle mit einem Tumor des III. Ventrikels zu thun, der den ganzen rechten Thalamus opticus einnimmt und durch sein Wachstum den linken Sehhügel eingedrückt hat. Ausserdem ist, als Folge der Drucksteigerung, ein mässiger Hydrocephalus internus konstatiert worden.

Fragen wir uns nun, welche Symptome wir von einem derartigen Tumor erwarten können und welche zu Lebzeiten des Patienten thatsächlich beobachtet sind, so fällt uns zunächst auf, das die Allgemeinerscheinungen des Hirndruckes nicht besonders stark hervortreten. Auf einen solchen darf man vielleicht die schon früh auftretenden Kopfschmerzen und das Schwindelgefühl, sowie späterhin die komatösen Zustände mit der Pulsverlangsamung und dem Versagen der Pupillenreflexe zurückführen. Fragen wir ferner, welche Lokalsymptome Thalamusgeschwülste hervorrufen können, so ist vorauszuschicken, dass über die Physiologie der Thalami die Ansichten der Autoren beträchtlich auseinandergehen. Es ist noch keine Einigkeit darüber erzielt worden, ob die Hauptfunktion der Sehhügel eine motorische oder sensible oder reflektorische ist. Nur einige wenigen Daten erfreuen sich ziemlich allgemeiner Anerkennung; dahin gehören einmal die unzweifelhaften Beziehungen der Thalami, insbesondere ihres hinteren Abschnittes, des Pulvinar, zur centralen Sehbahn; ferner gehört dahin die Auffassung des Thalamus als eines Schaltorganes zwischen Peripherie und Hirnrinde, als einer Umschaltestation für die verschiedenen zuströmenden sensiblen Reize, ferner seine Beziehungen zu gewissen athetotischen und choreatischen Bewegungsstörungen sowie zu Störungen der mimischen Affektbewegungen im Facialisgebiet bei normaler willkürlicher Facialisinnervation. Suchen wir nun in dem vorligenden Krankheitsbilde nach Symptomen, welche sich mit diesen Beobachtungen decken könnten, so suchen wir vergeblich. Besonders auffallend ist es, dass das Sehvermögen des Patienten keinerlei Störungen aufweist. Von Localsymptomen könnten höchstens der schwankende taumelnde Gang sowie die Parästhesien in den Beinen in Betracht kommen, die vielleicht auf einer Mitbeteiligung der inneren Kapsel beruhen, die ja nach dem Sektionsbefund ohne Zweifel bis zu einem gewissen Grade bestanden hat. Ein Zurücktreten oder völliges Fehlen der lokalen Symtome wird übrigens bei den Tumoren der Basalganglien keineswegs selten beobachtet, wie aus mehreren in der Litteratur mitgeteilten Fällen hervorgeht.

So bliebe uns denn noch die Frage nach der Bedeutung

der psychischen Störungen, die ja unser Krankheitsbild beherrschen. Damit stossen wir zunächst auf die allgemeinere Frage, in welchen Beziehungen psychische Störungen zu Hirntumoren überhaupt stehen können. Einmal können Psychose und Tumor unabhängig von einander sein und nur zu gleicher Zeit den Menschen befallen haben, sodann können sie in einem Kausalkonnex zu einander stehen. Mit Sicherheit lässt sich die eine oder andere Möglichkeit wohl in den seltensten Fällen beweisen. Ein zufälliges Zusammentreffen beider könnten wir z. B. dann anzunehmen berechtigt sein, wenn Heredität nachzuweisen ist, oder wenn die Tumorsymptome erst spät nach dem Auftreten der Psychose sich eingestellt haben; für derartige Verhältnisse bietet unsere Krankheitsgeschichte keinerlei Anhaltspunkte. Nehmen wir andererseits ein Kausalverhältnis zwischen der Psychose und dem Tumor an, so kann dasselbe wiederum ein sehr verschiedenes sein: Einmal kann der Tumor nur das auslösende Moment für den Ausbruch der geistigen Störung sein, sodann aber auch eine direkte Ursache abgeben, indem er anatomische und physiopathologische Veränderungen im Gehirn setzt, die psychische Alterationen in direktem Gefolge haben. In ersterem Falle, wo der Tumor nur ein auslösendes Moment darstellt, wird seine Lokalisation von nicht wesentlicher Bedeutung sein. Man wird einmal dann berechtigt sein, dem Tumor eine solche Rolle zuzuschreiben, wenn hereditäre oder persönliche Belastung mit der betreffenden Psychose nachweisbar ist, ferner wenn das psychische Krankheitsbild ein ganz typisches und in sich abgeschlossenes ist. Keins von beiden lässt sich von dem vorliegenden Falle sagen; das Krankheitsbild ist nur schwer unter eine der typischen Psychosen einzureihen; die Symptome sind dafür zu unbestimmt und zu wenig ausgeprägt. So bliebe uns noch die Möglichkeit, in dem Tumor eine direkte Ursache der Psychose zu sehen. Wie eine solche zu denken ist, darüber bestehen noch verschiedene Hypothesen. Eine Anzahl von Autoren stellt die Psychose mit den durch die Druckwirkung des Tumors hervorgerufenen Allgemeinerscheinungen auf eine Stufe; dafür spricht unter anderem der Umstand, dass bei einem von den Grosshirnhemisphären entfernten Sitz der Neubildung

psychische Störungen nur selten vermisst werden. Eine ausschlaggebende Bedeutung kann man dem Hirndruck für die Psychose jedoch nicht zuwenden, da in einer grossen Anzahl von Fällen, wie auch in dem vorliegenden, die gewöhnlichen somatischen Zeichen des Hirndruckes stärker zurücktreten oder ganz fehlen. Der modernen Richtung in der allgemeinen Pathologie trägt eine Hypothese Rechnung, welche die Psychose bei den Tumoren durch eine durch die Geschwulst erzeugte Intoxikation des Gehirns erklärt. Ohne Zweifel spielen auch die Herderkrankungen als solche bei den psychischen Störungen eine grosse Rolle, wenn auch bis jetzt noch eine fast völlig unbekannte. Dass der Sitz des Tumors für die Psychose keineswegs völlig gleichgültig ist, erhellt besonders aus den Untersuchungen *Schusters*, der eine Zusammenstellung zahlreicher in der Litteratur veröffentlichter Hirntumoren gemacht hat, und aus seinen statistischen Betrachtungen zu dem Ergebnis kommt, das bestimmte Arten und Gruppen anatomischer und lokaler Bedingungen gewissen psychischen symptomatologischen Erscheinungen entsprechen.

Wenden wir uns daher einen Vergleich zwischen unserm Falle und den in der Litteratur veröffentlichten Fällen ähnlich localisierter Hirntumoren zu. Es kommen da die in den Basalganglien und zwar speciell in den Sehhügeln und dem III. Ventrikels, localisierten Tumoren in erster Linie in Betracht. *Schuster* berichtet über 23 Fälle von Tumoren des Thalamus opticus und des III. Ventikels, die alle psychische Symtome aufzuweisen haben, während die somatischen Symtome in mehreren Fällen zurück treten, in einem sogar völlig fehlen. Unter den diese Tumoren begleitenden Psychosen lassen sich folgende Symptomgruppen aufstellen:

I.	Paralyseähnliche Fälle	3
II.	Erregungszustände mit begleitender psychischer Schwäche	2
III.	Moral Insanity-ähnlich	1
IV.	Abnorm leichtes Weinen	1
V. a	Schwäche des Gedächtnisses und der Intelligenz	9
V. b	Benommenheit, Apathie, Sopor	7
		23

Ausgeprägte Psychosen sind so gut wie garnicht beobachtet worden.

Von diesen aus der Litteratur der Thalamusgeschwülste zusammengestellten psychischen Symptomen finden wir in unserm Krankheitsbilde die Schwäche des Gedächtnisses und der Intelligenz wieder, ferner deliriumartige Erregungszustände. Gegen Ende der Erkrankung stellten sich dann komatöse soporartige Zustände ein, in deren letztem der Exitus letalis erfolgte. Nach einer Angabe von *Mott* soll eine Neigung zu komatösen Zuständen bei Tumoren des III. Ventrikels besonders stark ausgeprägt sein.

Besonders auffällig ist die Ähnlichkeit des vorliegenden Falles mit einem von Dr. *E. Meyer* aus der Irrenanstalt Herzberge bei Berlin mitgeteilten Falle von „Sarkom des III. Ventrikels mit Metastasen im IV. Ventrikel" (Archiv für Psychiatrie Bd. 32 Heft 1). In diesem Falle fehlten wie in dem vorliegenden locale Symptome im Krankheitsbilde fast ganz; die allgemeinen Tumorsymptome traten ebenfalls sehr zurück; im psychischen Verhalten traten als Symptome besonders in den Vordergrund: Hochgradige Gedächtnisschwäche, Unorientiertheit in Raum und Zeit, Erinnerungstäuschungen mit Confabulationen, Verkennen der Umgebung, wirre, sich widersprechende Reden, in der letzten Zeit Zustände von Benommenheit und völliger Reaktionslosigkeit: alles Symptome, die auch in unserm Krankheitsbilde vorherrschen.

Von Wichtigkeit dürften noch die aus der Statistik gewonnenen Beobachtungen *Schusters* bezüglich der Beteiligung der beiden Hemisphären sein, die er ausser bei den Sehhügeltumoren auch bei denen anderer Hirnregionen machte. *Schuster* beobachtete nämlich einmal ein Überwiegen der Beteiligung der linken Hemisphäre gegenüber der rechten; sodann stellte er die merkwürdige Thatsache fest, dass die mit blosser Benommenheit und psychischer Schwäche einhergehenden Geschwülste vorzugsweise auf die linke Hemisphäre beschränkt waren, dass dagegen die mit deliranten und ähnlichen Erregungszuständen einhergehenden Tumoren vorzugsweise in der rechten Hemisphäre localisiert waren. Betrachten wir hinsichtlich dieser eigentüm-

lichen, noch nicht näher erklärten Beobachtung den vorliegenden Fall, so zeigt sich, dass er zu derselben insofern einen Beitrag liefert, als im klinischen Bilde delirante Erregungszustände wiederholt beobachtet wurden und andererseits die Sektion des Gehirns eine vorzugsweise Beteiligung der rechten Hemisphäre ergab.

Eine nennenswerte Beziehung des Thalamus als solchen zu den psychischen Funktionen dürfte aus den bisher klinisch beobachteten Fällen von Tumoren der Sehhügel und des III. Ventrikels noch nicht zu konstruieren sein, einmal wegen der Kleinheit des vorliegenden Materials, dann aber auch wegen der schon zu Anfang erwähnten mannigfachen Fehlerquellen, welche bei dem Versuch, Psychose und Tumor miteinander in Beziehung zu bringen, berücksichtigt werden müssen.

* * *

Zum Schlusse meiner Arbeit sei es mir gestattet, Herrn Professor Dr. *Siemerling* für die gütige Überlassung des Falles und der einschlägigen Litteratur, sowie für die Durchsicht dieser Arbeit meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Eulenburg: Encyclopädie der ges. Heilkunde, III. Aufl. 1897.
Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheit, II. Aufl. 1898.
Strümpell: Lehrbuch der spec. Pathologie und Therapie, Bd. III 1900.
Nothnagel: Specielle Pathologie und Therapie, Bd. IX Teil II.
Schuster: Psychische Störungen bei Hirntumoren, I. Aufl. 1902.
E. Meyer: Über einen Fall von Sarkom des III. Ventrikels mit Metastasen im IV. Ventrikel (Archiv für Psychiatrie Bd. 32 Heft I.)
Uhlenhuth: Über 2 Fälle von Tumor cerebri, (I.-D. Berlin 1893.)
Eugen Mayer: Über 2 Fälle von Tumor cerebri, (I.-D. Berlin 1892.)
Scherenberg: Über einen Fall von Tumor cerebri, (I.-D. Kiel 1903.)

Lebenslauf.

Ich, *Willy Wulf Nissen,* evangel.-luth. Konfession, wurde am 31. Juli 1879 in Eckernförde als Sohn des Hauptpastors *Adolf Nissen* geboren. Von Ostern 1892 an besuchte ich das Königl. Domgymnasium zu Schleswig, wo ich Ostern 1899 das Zeugnis der Reife erhielt. Ich studierte an den Universitäten Freiburg, München und Kiel, bestand das Tentamen physicum Ostern 1901 und das medizinische Staatsexamen im März 1904 in Kiel. Meiner Dienstpflicht mit der Waffe genügte ich vom 1. April bis 1. Oktober 1901 im 10. kgl.-sächs. Inf.-Regt. Nr. 134 zu Leipzig.